

<b>APPLICANT</b>		LEAVE BLANK		TYPE OR PRINT ALL INFORMATION IN BLACK		FBI LEAVE BLANK	
SIGNATURE OF PERSON FINGERPRINTED <i>X Arsenio P. Chacon</i>		LAST NAME <u>NAM</u>		FIRST NAME		MIDDLE NAME	
RESIDENCE OF PERSON FINGERPRINTED		POCHE CHACON, ARSENIO		ALIASES <u>AKA</u>		OR I	
DATE 09/1/95		SIGNATURE OF OFFICIAL TAKING FINGERPRINTS <i>[Signature]</i>		CITIZENSHIP <u>CTZ</u>		SEX <u>M</u>	
EMPLOYER AND ADDRESS		YOUR NO. <u>OCA</u>		FBI NO. <u>EBI</u>		RACE	
REASON FINGERPRINTED		IMMIGRANT VISA skin problems		SOCIAL SECURITY NO. <u>SOC</u>		HGT.	
				MISCELLANEOUS NO. <u>MNU</u>		WGT.	
						EYES	
						HAIR	
						DATE OF BIRTH <u>DOB</u> 09/27/97	
						PLACE OF BIRTH <u>POB</u> DOM. REP.	
						LEAVE BLANK	
						CLASS	
						REF	

1 R THUMB	2 R INDEX	3 R MIDDLE	4 R RING	5 R LITTLE
	amputation	amputation		
6 L THUMB	7 L INDEX	8 L MIDDLE	9 L RING	10 L LITTLE
LEFT FOUR FINGERS TAKEN SIMULTANEOUSLY		L THUMB	R THUMB	RIGHT FOUR FINGERS TAKEN SIMULTANEOUSLY
amputations				



DEL ROSARIO - Alayon, Andrés

PRINSSJ00  
USINS  
SAN JUAN, PR

ANDRÉS DEL ROSARIO

9/18/96

A73 529 602

FBI

SID

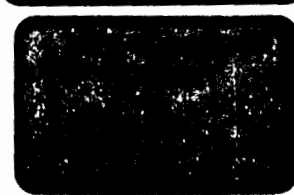
SOC

NCIC CLASS - FPC

9/19/96

Illegal entry

Order to Show Cause



**Formulario de consentimiento para una radiografia**

Yo, suscrito, por la presente consiento que se realice una radiografia del torso de mi cuerpo por un centro medico o a traves de facilidades de rayos-x nombrado por el Servicio de Aduanas de los Estados Unidos. Si es del sexo femenino, tambien consiento al examen de embarazo antes de llevar acabo el rayos x. Yo acepto que los resultados de dichos examenes y archivos relacionados incluyendo los archivos medicos se entreguen a los oficiales del Servicio de Aduanas de los Estado Unidos. Por la presente descargo al centro, y al personal que realice dichos examenes, y a cualquier oficial del Servicio de Aduanas de los Estado Unidos que ordene la realizacion de dichos examenes, de cualquier responsabilidad a raiz de dichos examenes. Comprendo que tengo el derecho de negar dicho consentimiento y acepto que mi consentimiento es brindado voluntariamente y que es libre de amenazas, coecion u otra intimidacion.

Firmado:

ARCEÑO POULTE

Nombre impreso:

ARCEÑO POULTESexo (marque uno): Masculino FemeninoFecha: 1-31-05Hora: 2136

Firma del testigo:

Angel E. Portatone Ruiz

Insignia #:

CAS 00109

Firma del testigo:

R. John

Insignia #:

#57855

Spanish

